Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde

RADIS tema 4

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Ano I – Maio de 1983

Assistência psiquiátrica em debate

A doença mental tem-se constituído, desde algumas décadas, em sério problema de saúde pública, seja pela sua alta incidência (supostamente em ascensão) seja pela complexidade e altos custos da assistência que demanda. As novas relações de produção trouxeram consigo alterações importantes nas funções sociais da família – e na sua constituição – na urbanização acelerada e na destruição das redes sociais informais de apoio. A divisão social do trabalho, por sua vez, e a conseqüente especialização dos papéis de cada indivíduo na sociedade veio demandar um "novo" tipo de homem-racional, exigência essa que o doente mental, considerado intrinsecamente irresponsável e potencialmente perigoso, não tem condições de satisfazer.

Impõe-se aqui uma questão que até hoje nem a epidemiologia nem as ciências sociais conseguiram elucidar; seriam as estruturas sociais geradoras de doença mental ou simplesmente "selecionadoras"? Esta interrogação deixa a descoberto uma outra questão importante, a do significado real dos aumentos da incidência de doença mental que os estudos epidemiológicos têm demonstrado. Seriam os aumentos observados resultado de mais doença nas sociedades ou conseqüência do "aperfeiçoamento" e da extensão dos processo de rotulação? O papel da psiquiatria nesse último processo não pode ser negligenciado. A experiência tem mostrado que os instrumentos habitualmente ultilizados pela clínica psiquiátrica não têm sido capazes de separar a doença mental dos diversos desajustes e inadaptações. Tende, pelo contrário, a categorizá-los indiscriminadamente como "doença". A imprecisão do diagnóstico psiquiátrico, além disso, não se manifesta indistintamente em todas as classes sociais, mas penaliza preferencialmente os membros das classes populares.

Diante disso é de se perguntar se as diversas medidas de racionalização da assistência psquiátrica, já implementadas em outros países e agora em curso no Brasil, resolverão por si só o complexo problema das doenças mentais no país. Apesar de necessárias e desejáveis, as reformas e as metas nelas propostas provavelmente só serão alcançadas se a psiquiatria se propuser a questionar a própria natureza do mandato que recebe da sociedade e a maneira pela qual ela se desincube dessas funções, retendo, como legitimamente seu, apenas o mandato terapêutico.

Sem procurar resolver essas questões de fundo, o presente **Tema** se propõe apenas a formar uma documentação em torno das mais recentes propostas de reorientação da assistência psiquiátrica no Brasil, pois é sobre elas que aquelas questões podem ser mais diretamente refletidas.

As dimensões do problema

A imprecisão das estatísticas sobre assistência psiquiátrica no Brasil impede uma avaliação exata do número de leitos, consultórios e demais itens definidores da capacidade instalada. Mesmo assim podemos chegar a algumas aproximações valiosas, utilizando dados publicados no quarto volume de **Estatísticas da saúde** do IBGE e, principalmente, os dados e as análises apresentadas por Magda Vaissman (do Instituto de Psiquiatria da UFRJ) em sua tese de mestrado intitulada **Assistência psiquiátrica e previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70.**

Em 1982, havia no país cerca de 61 mil leitos psiquiátricos, fortemente concentrados na região Sudeste, a única que apresentava índices superiores ao mínimo de um leito por mil habitantes, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar deste déficit, o número de leitos disponíveis nos três hospitais psiquiátricos vinculados ao Ministério da Saúde – todos localizados no Rio de Janeiro – baixou de 4600 para 3400 como reflexo do combate ao número excessivo de internamentos. A adoção desta política, no entanto, não resolveu o problema da disponibilidade destes leitos para a rede assistencial, que continua extremamente prejudicada pela altíssima média de permanência dos pacientes na Colônia Juliano Moreira, situada em torno de 23 anos.

Outros 27 mil leitos estão afetos às secretarias estaduais e municipais de saúde, enquanto o INAMPS não possui nenhum leito psiquiátrico próprio, internando seus pacientes através de serviços contratados. Em 1982, o órgão trabalhou com 43 mil leitos psiquiátricos, número equivalente a 22% do total de leitos contratados para todas as especialidades. Esta percentagem parece muito elevada quanto se sabe que as internações psiquiátricas representaram em 1979 apenas 4% do total de internações previdenciárias, mas pode ser explicada pela maior média de permanência nos hospitais dos pacientes acometidos de doenças mentais.

Durante a década de 1970, o crescimento das internações foi de 293% e das consultas de 400% sendo o setor contratado o principal responsável pela cobertura desta demanda. As reinternações, embora não computadas em separado, são estimadas em 60 a 70%, ultrapassando largamente o parâmetro estabelecido de 30%. A evolução da alocação de recursos na década de 1970 mostra um pequeno aumento percentual das despesas do setor ambulatorial (3% em 1973, 5% em 1980), sem alterar a maciça concentração em gastos hospitalares, que chegaram a 7,5 bilhões de cruzeiros em 1980.

Os dados sobre o perfil dos pacientes, segundo Caetano R. (citado por Magda Vaissman) "mostram que nas primeiras internações o número de homens é 50% maior do que o de mulheres e que o número de admissões foi maior entre os pacientes da raça branca situados na faixa etária de 30 a 39 anos". Em estudo realizado pela Equipe de Saúde Mental do INAMPS mostrou que as taxas mais baixas de internação ocorreram entre as pessoas de mais de 65 anos, em decorrência da falta de estabelecimentos especiais destinados ao tratamento geriátrico. Os diagnósticos mais comuns entre os homens foram esquizofrenia, alcoolismo e farmaco-dependência, quanto as mulheres apresentaram maior incidência de esquizofrenia, neurose e transtornos de personalidades, nesta ordem. Os índices de prevalência foram de 73% de psicóticos (um terço dos quais esquizofrênicos) e 27% de neuróticos,

cabendo ao alcoolismo, 23% das causas de internação no total.

Magda Vaissman apresenta ainda dados do INPS que permitem três importantes conclusões: a) a neurose foi a segunda causa de afastamento do trabalho, ficando atrás apenas do pós-operatório; b) a neurose assume a primeira posição na renovação do auxílio-doença em manutenção; c) as doenças mentais são a segunda causa de incapacidade temporária, correspondendo a cerca de 15% dos auxílios-doença concedidos. Para Magda, "estes benefícios funcionam como salários-desemprego para aqueles que, alijados do processo produtivo, engrossam as fileiras da marginalização sem a menor chance de reabilitação".

As tabelas a seguir, exceto a primeira, foram extraídas do trabalho de Magda Vaissman.

TABELA 1

Leitos em psiquiatria – 1979

REGIÕES	PÚBLICOS capitais	PÚBLICOS interior	PRIVADOS capitais	PRIVADOS interior	TOTAL
NORTE	661	3	267	2	933
NORDESTE	4836	865	7711	1448	14860
SUDESTE	11342	6736	22010	25176*	65264
SUL	4196	1102	3779	2915	11992
CENTRO-OESTE	1386	2	1438	1046	3872
TOTAL	22421	8708	35205	30587	96921

OBSERVAÇÃO. As cidades de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, S. Paulo, Curitiba e Porto Alegre incluem, em nossos dados, suas áreas metropolitanas.

FONTE: IBGE, Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitaria; vol. 4 – 1979.

(*) O elevado número de leitos privados localizados no interior, na Região Sudeste, se deve à participação do Estado de S. Paulo, com 18.679 leitos.

TABELA 2

Ambulatórios cadastrados na DINSAM, segundo região fisiográfica e relação percentual com a população

REGIÃO	Nº DE AMBULAT.	% DE AMBULAT.	% DE POPUL.
Norte	6	2,78	3,94
Nordeste	53	24,54	29,90
Sudeste	101	46,76	42,29
Sul	43	19,91	17,97
Centro-Oeste	13	6,02	5,90
Brasil	215	100,00	100,00

Fonte: Diretrizes Programáticas de Saúde Mental – 1977.

TABELA 3

Distribuição de leitos psiquiátricos contratados por unidade da federação e número de leitos existentes em psiquiatria – 1979

Estado	Nº hospit.	Leitos contr.	Leitos exist.
ALAGOAS	3	677	723
AMAZONAS	2	82	260
BAHIA	13	2.090	2.948
CEARÁ	10	1.246	1.821
ESPÍRITO SANTO	3	666	966
GOIÁS	10	1.133	1.864
MARANHÃO	2	105	150
MATO GROSSO	2	236	738
MINAS GERAIS	31	3.303	4.782
PARÁ	2	80	570
PARAÍBA	7	780	1.297
PARANÁ	14	2.537	3.167
PERNAMBUCO	21	2.985	3.371
PIAUÍ	2	295	530
RIO DE JANEIRO	54	9.737	12.728
RIO G DO NORTE	5	413	888
RIO G DO SUL	18	2.010	4.924
SANTA CATARINA	6	809	1.574
SÃO PAULO	61	12.992	16.249
SERGIPE	2	170	318
DISTRITO FEDERAL	5	465	694
ACRE	2	9	15
RONDÔNIA	1	10	21
BRASIL	278	43.000	60.906

Fonte: Secretaria de Planejamento do INAMPS – Depto. de Informática.

TABELA 4

Evolução das internações, internações/1.000 beneficiários, consultas, consultas/1.000 beneficiários, leitos-dia utilizados, consultas/internações e tempo médio de permanência, população urbana no período 1970–1980

ANO	INTERNAÇÕES	INT./1000 benef.	LEITOS–DIA utilizados	CONSULTAS	CONS./1000 benef.	CONS./int.	TMP	População urbana
1970	128.062	–	–	930.749	–	7,27	77,0	–
1971	138.512	2,55	9.703.488	1.176.238	21,69	8,49	68,9	54.219.100
1972	162.183	2,87	10.061.735	1.285.314	22,71	7,93	62,5	56.606.300
1973	176.636	2,99	10.055.919	1.290.976	21,87	7,31	57,0	59.033.800
1974	197.699	3,21	10.344.623	1.436.753	23,55	7,27	52,8	61.521.800
1975	251.104	3,92	11.906.732	2.058.845	32,12	8,20	48,8	64.090.500
1976	294.983	4,42	13.875.306	2.461.562	36,89	8,34	47,6	66.726.800
1977	320.734	4,62	14.093.966	2.846.136	40,98	8,87	43,9	69.457.600
1978	353.649	4,89	15.071.881	3.157.196	43,68	8,93	43,2	72.276.000
1979	371.901	4,95	16.675.755	3.300.320	44,02	8,90	45,1	75.177.200
1980	375.774	4,67	17.741.385	3.724.637	46,28	9,91	45,8	80.478.602

Fonte: INAMPS – Secretaria de Planejamento – Depto. de Informática – Coord. de Estatística – **Boletim estatístico do resumo do movimento nosocomial** e **Boletim estatístico do resumo do movimento ambulatorial.**

TABELA 5

Padrão diagnóstico nos pareceres favoráveis em exames de perícias iniciais

1974 Doença	%	1976 Doença	%
Pós-operatório	17,4	Pós-operatório	22,3
Neurose	9,6	Neurose	9,0
Osteoartrite	5,0	Osteoartrite	5,8
Tuberc. Pulmonar	3,6	Hipert. Benigna	3,7
Hipert. Benigna	3,1	Tuberc. Pulmonar	2,8
Outr. D. Med. Esp. (?)	2,3	D. Card. Hipert.	1,9
Aus. Doença (?)	2,3	Epilepsia	1,7
Epilepsia	2,0	S. Dol. Verteb.	1,5
Alcoolismo	1,6	Esquisofrenia	1,4
Úlcera Duodeno	1,6	Alcoolismo	1,3
		Úlcera Duodeno	1,3

Fonte: INPS – Secretaria de Seguros Sociais.

TABELA 6

Padrão diagnóstico nos pareceres favoráveis no auxílio-doença em manutenção

1974 Doença	%	1976 Doença	%
Neurose	12,3	Neurose	13,0
Osteoartrite	8,8	Osteoartrite	8,4
Hipert. Benigna	8,8	Hipert. Benigna	8,0
Epilepsia	5,7	Epilepsia	4,9
Esquisofrenia	5,0	Card. Hipert.	4,8
Tuberc. Pulmonar	4,6	Esquisofrenia	4,6
D. Card. Hipert.	4,5	Tuberc. Pulmonar	4,0
Outr. D. Olho	2,0	Pós-operatório	3,1
Alcoolismo	1,9	Psicose N/Esp.	2,0
D. Isq. Cr. Cor	1,8	D. Isq. Cron. Cor.	1,9

Fonte: INPS – Secretaria de Seguros Sociais.

Conasp: o diagnóstico oficial

Transcrevemos a seguir os principais trechos das duas primeiras partes do **Programa de reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária,** onde o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) procura caracterizar a situação atual da assistência psiquiátrica no Brasil. Trata-se de um desdobramento do **Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social,** também elaborado pelo Conasp e adotado pelo INAMPS como diretriz mais abrangente para a sua atuação, conforme noticiamos no número dois da série **Tema.**

A gravidade do problema da doença mental, sob o ponto de vista médico-social, vem sendo objeto das preocupações do Conasp desde as suas primeiras reuniões. (...)

Por outro lado, a abordagem dessa situação sob o ponto de vista assistencial não tem sido objeto de uma política consistente em termos de efetividade, apesar de, formalmente, muitos dos princípios da moderna psiquiatria fazerem parte de manuais de serviços e instruções normativas do INAMPS e de outras instituições.

O modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos nas áreas da psicoterapia e da farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, sem nenhuma possibilidade de contribuir para a superação de quadro nosológico gerado por condições tão adversas. Esse quadro agrava-se, ainda, do ponto de vista institucional, quando se identificam, aí, as mesmas características indutoras de desvios e distorções já devidamente analisadas e qualificadas no modelo assistencial em geral, com um efeito econômico-financeiro perverso.

A dramaticidade de que se reveste a assistência psiquiátrica com todo o estigma da "loucura" insta o CONASP a propor diretrizes que possam contribuir para uma abordagem da situação. (...)

O modelo atual

Embora comportando experiências inovadoras isoladas, a assistência psiquiátrica no país sempre esteve centrada nos hospitais-asilo, que serviam e ainda servem de depósitos para os pacientes psiquiátricos que, se nos primeiros momentos podem ser internados temporariamente, a própria situação do estabelecimento torna permanentes ou intermitentes essas internações.

Esses hospitais-asilos, colônias ou hospícios inicialmente eram quase que exclusivamente do setor público ou beneficente, prevalecendo as instituições estaduais e, no Rio de Janeiro, as do Ministério da Saúde.

Posteriormente a iniciativa privada começou a compartilhar essa linha assistencial com o Estado, principalmente através de pequenos e médios hospitais, com os quais a Previdência Social começou a contratar serviços, dada a inexistência de leitos próprios na especialidade.

A partir da unificação dos IAP's, e especialmente na década de 70, essa estratégia se intensificou, ocorrendo uma grande expansão da rede hospitalar psiquiátrica privada. Dados referem que nesse período os leitos-dia utilizados na especialidade cresceram 15% ao ano.

Em contrapartida, o atendimento extra-hospitalar quase que se resume, na prática, à atenção ambulatorial prestada por cerca de 450 psiquiatras do INAMPS, lotados especialmente em serviços próprios do Rio de Janeiro (pouco mais de 200) e de outras capitais, assim como por clínicas credenciadas, principalmente nas cidades de São Paulo e Curitiba, e por uns poucos psiquiatras credenciados, nos maiores centros. (...)

Em 1981 o INAMPS pagou a utilização de mais de 19 milhões de leitos-dia em psiquiatria. Isso significa ocupação diária de cerca de 52.000 leitos, embora estejam oficialmente contratados pouco mais de 44.000 leitos. A par das internações, realizou 4 milhões de consultas na especialidade.

Dos 13,6 bilhões de cruzeiros gastos com psiquiatria em serviços de terceiros no mesmo período, estima-se que 96% foram utilizados para assistência hospitalar, enquanto apenas 4% para atenção ambulatorial (não considerados os serviços ambulatoriais próprios).

O atendimento hospitalar privado é remunerado pelo INAMPS sob duas formas: através de **diária integral** (a maioria dos hospitais), na qual estão incluídos os honorários médicos, e da **diária semi-integral** (15% dos hospitais, correspondendo a 10% dos leitos contratados). (...)

A assinatura pelo INAMPS, em novembro de 1980, de acordos de cogestão dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde inicia um plano de integração interinstitucional para as transformações necessárias desses hospitais-asilos, no sentido de poderem vir a atender aos interesses da Previdência Social e da clientela beneficiária.

Algumas experiências de programas de saúde mental comunitária se desenvolvem, especialmente ligadas a serviços universitários, com resultados positivos e extrapoláveis. (...) Da mesma forma deverão ser consideradas as experiências promissoras que sejam desenvolvidas por serviços de saúde mental privados.

Distorções e implicações

As principais distorções observadas na assistência psiquiátrica da Previdência Social são originadas no sinergismo que ocorre entre o modelo assistencial prevalente, a modalidade de contratação de serviço no setor privado e a baixa eficiência do sistema de controle de qualidade exercido pelo INAMPS.

Assim, podem-se mencionar:

1. Internações desnecessárias motivadas pelos fatores de distorção próprios à forma de remuneração por produção já indicados no Plano do CONASP.

2. Grande variação na qualidade do tratamento oferecido pela rede hospitalar face à freqüente inobservância, pelos mesmos, das normas que regem a linha assistencial. (...)

3. Comprometimento da eficácia do atendimento ambulatorial, ocasionado, entre outros fatores, por falta de padronização de condutas, insuficiência de recursos e falta de disciplinamento nos encaminhamentos. (...)

4. Múltiplas portas de entrada do paciente ao sistema, com carência de integração entre ambulatório e hospital, assim como de instâncias intermediárias (pronto-socorro psiquiátrico, hospitais-dia, hospitais-noite, pensão protegida e oficina protegida), capazes de manter o paciente por mais tempo em convivência sócio-familiar.

5. Inexistência de fluxo adequado de medicamentos da linha CEME, dificultando a manutenção do paciente em tratamento ambulatorial.

6. Estabelecimento, às vezes questionável, de diagnósticos com vistas a conseguir maiores prazos de internação.

7. Altas precoces, com finalidade de não extrapolar os tempos de permanência estabelecidos para o sistema contábil. (...)

8. Freqüente utilização do expediente de dar alta seguida de imediata reinternação, sem que o paciente deixe o hospital, como forma de contornar os tempos prolongados de internação. (...)

9. Dificuldades criadas para os servidores da Previdência Social na execução de suas tarefas de supervisão e avaliação dos serviços contratados. (...)

10. Não utilização adequada e prioritária dos recursos disponíveis das secretarias estaduais e municipais de saúde e do Ministério da Saúde.

11. Baixo grau de integração entre a disciplina de psiquiatria e as demais áreas clínicas, no âmbito da Universidade, comprometendo a formação médica em geral e na especialidade.

Propostas do programa do Conasp

Objetivos

1) Melhoria da qualidade da assistência na área de saúde mental, com equiparação de cobertura às populações rural e urbana. 2) Planejamento da referida assistência de acordo com parâmetros e normas estabelecidas, permitindo a alocação e previsibilidade de recursos de acordo com o modelo assistencial proposto. 3) Aumento da produtividade dos recursos alocados, com racionalização e controle das formas de prestação de serviços próprios, conveniados contratados e credenciados. (...)

Princípios específicos da área de Saúde Mental

A assistência em saúde mental deve observar a "visão do paciente dentro do seu contexto familiar e sócio-cultural, sujeito às influências dos seus relacionamentos interpessoais e ambientais, considerado o distúrbio psiquiátrico como episódio no ciclo natural de saúde/doença 'do indivíduo", e observar os seguintes princípios: **a**) Ser predominantemente extra-hospitalar: **b**) Empregar os vários recursos e técnicas diagnóstico-terapêuticas disponíveis, com a conseqüente e necessária utilização de equipe

Política de pessoal de acordo com necessidades do modelo

multiprofissional, respeitadas as especificidades de cada categoria profissional: **c**) Incluir-se numa estratégia de atenção primária de saúde: (...) **d**) Utilizar recursos e métodos extra-hospitalares, intermediários entre o ambulatório e a internação integral, que procurem reverter a tendência (prevalente) à hospitalização: hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão protegida e oficina protegida, dando-se ênfase aos programas para atendimento e acompanhamento dos pacientes egressos dos hospitais; **e**) Utilizar a internação integral apenas para aqueles pacientes que apresentem uma sintomatologia que represente risco para si e/ou para terceiros e nos poucos casos em que a associação problema sociais/sintomatologia psiquiátrica impossibilite totalmente a manutenção do paciente em seu meio familiar e social, e pelo menor prazo possível: **f**) Promover a implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, na tarefa assistencial ora desenvolvida quase que exclusivamente por hospitais especializados; os hospitais de ensino devem ser incentivados nessa prática pela liderança que podem assumir.

Proposições

(...) 1) Estabelecimento gradual de integração programática entre o INAMPS, DINSAM e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Universidades, com vistas a elaborar programas de saúde mental que levem em conta critérios técnicos de regionalização, hierarquização, integração e participação comunitária e que permitam o funcionamento, reequipamento e qualificação dos hospitais e ambulatórios públicos, como componentes do Convênio MPAS/MS/SES, para o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde e do Programa de Co-Gestão dos Hospitais do MS.

2) Desenvolvimento urgente de uma rede eficiente de recursos extra-hospitalares (ambulatório, pré-internação, hospital-dia, hospital-noite, pensão protegida e oficina protegida) acessível ao homem do campo e da cidade, com a utilização prioritária dos recursos disponíveis em unidades próprias, em outras unidades do setor público, nas pertencentes à rede universitária, nas beneficentes e sindicais e, complementarmente, nas privadas.

3) Maior flexibilidade orçamentária para realocação de recursos de acordo com o modelo proposto.

4) Redistribuição geográfica gradual dos leitos psiquiátricos próprios, conveniados e contratados, obedecendo aos critérios de regionalização e cobertura assistencial, de acordo com os parâmetros estabelecidos.

5) Aprimoramento das formas de relacionamento contratual do INAMPS com os demais prestadores de serviço.

6) Implantação de um novo modelo de normas de classificação hospitalar, específico para hospitais psiquiátricos.

7) Elaboração e fornecimento, pela DATAPREV, de relatórios de análise que permitam o controle e avaliação dos serviços produzidos, em termos quantitativos e qualitativos.

8) Reestudo e consolidação das normas de serviços na área de assistência psiquiátrica do INAMPS, do setor público e de seus serviços conveniados, contratados e credenciados.

9) Instituição da atividade de supervisão em todos os níveis de atuação técnica, vinculada às atividades de desenvolvimento e capacitação de pessoal, assim como de melhoria da qualidade assistencial.

10) Definição de centros de referência para fins assistenciais, de pesquisa e capacitação na área de saúde mental.

11) Desenvolvimento de um programa intenso de capacitação e atualização de recursos humanos na área de saúde mental, voltado especialmente para a necessidade dos serviços próprios e públicos em geral, numa estratégia de integração docente-assistencial.

12) Integração entre a assistência psiquiátrica do INAMPS e a Perícia Médica do INPS, em todos os níveis.

13) Articulação INAMPS/CEME, visando à padronização, fabricação e distribuição eficiente, através de unidades de dispensação, dos medicamentos necessários à prática psiquiátrica.

14) Estímulo e promoção de investigações epidemiológicas e operacionais (de serviço) na área, visando ao aperfeiçoamento do sistema e redimensionamento dos parâmetros assistenciais, inclusive dos tempos médios de internação para os vários quadros psiquiátricos.

15) Desenvolvimento de mecanismos participativos dos vários

Novos contratos e critérios de classificação e valorização

agentes envolvidos no processo de prestação de serviços psiquiátricos, inclusive usuários, visando à melhoria e ao controle do atendimento.

Estratégia de implementação

Prioridades

Constituem pontos estratégicos, devendo merecer um tratamento prioritário, os seguintes aspectos do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica:

1. Implantação de medidas que modifiquem a atual estrutura de gastos com assistência psiquiátrica e possibilitem o remanejamento, para a assistência extra-hospitalar, de parte considerável dos recursos atualmente destinados à assistência hospitalar.

2. Desenvolvimento de estudos e implantação de medidas que determinem a qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar e extra-hospitalar e favoreçam a sua correta distribuição geográfica, possibilitando a regionalização do atendimento.

3. Implantação de medidas que permitam o adequado controle e avaliação de assistência prestada por serviços próprios e de terceiros.

Etapas a serem cumpridas a curto prazo

1. Estabelecimento, no orçamento do INAMPS, de uma rubrica específica para a saúde mental que possibilite o uso das verbas na alocação de recursos hospitalares ou extra-hospitalares, de acordo com a conveniência de tempo ou local durante o processo de implantação do modelo proposto.

2. Estabelecimento de "crítica" no processamento das contas hospitalares que impossibilite o pagmento de leitos-dia em total maior que o compatível com o número de leitos efetivamente contratados num dado período de tempo.

3. Implementação de um programa gradual e criterioso de redução de leitos nos hospitais com mais de 240 leitos. Quantidade igual de leitos poderá ser contratada em municípios do interior (exceção feita aos estados que já contam com excesso de leitos contratados), atendendo a uma estratégia de regionalização, em hospitais públicos, universitários, em enfermaria psiquiátricas de hospitais gerais ou em hospitais psiquiátri-

Portaria nº 3018 de 21/12/82

O MINISTRO DO ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições e CONSIDERANDO que o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado pelo Decreto nº 86.239, de 02 de setembro de 1981, concluiu e encaminhou a este Ministério, no dia 14 do corrente, o "Programa de Reorientação da Assistência Preventiva"; CONSIDERANDO que o trabalho contou com a participação de representantes das várias entidades interessadas; CONSIDERANDO que o Programa está em consonância com o Plano de Reorientação da Assistência aprovado pela Portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982 e que seu diagnóstico, diretrizes e proposições merecem a aprovação deste Ministério; CONSIDERANDO, finalmente, a dramaticidade e a relevância do problema sob o aspecto médico, social, financeiro e humano, resolve:

1. Aprovar o "Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária" elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP e encaminhado pelo Presidente a este Ministério no dia 14 do corrente. 2. Manifestar ao Conselho o reconhecimento do Ministério pelo trabalho realizado, sob a orientação do seu Presidente, o Prof. Aloysio de Salles Fonseca, Presidente do INAMPS. 3. O Plano deverá ser implantado pelo INAMPS de forma gradual e progressiva, a partir de 1º de janeiro de 1983. 4. Caberá ao CONASP acompanhar e avaliar a implantação do Plano, para o que disporá do apoio da Direção Geral do INAMPS. a) Helio Beltrão.

cos de pequeno porte, nesta ordem de preferência.

4. Elaboração pela Equipe de Saúde Mental e demais instâncias competentes do INAMPS, em articulação com os prestadores de serviços, e implantação de novos modelos de contratos para prestação de assistência psiquiátrica hospitalar com substituição dos atuais, de maneira a redefinir normas de prestação, e compromissos bilaterais.

5. Constituição de Grupo de Trabalho com participação de prestadores de serviços para propor novos critérios de classificação e valorização do desempenho dos hospitais psiquiátricos conveniados e contratados, em articulação com a Comissão de Reclassificação e Recadastramento de Hospitais, já instalada no âmbito da Direção Geral do INAMPS.

6. Desenvolvimento e desencadeamento de programa extenso e intenso de capacitação de profissionais na área de saúde mental, em articulação entre a Equipe de Saúde Mental do INAMPS, a Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Equipe de Saúde do INAMPS, Universidades, a DINSAM e as Secretarias de Saúde, como parte das Ações Integradas de Saúde MPAS/MS/SES.

7. Incentivo (adequação dos gabaritos) para que os hospitais gerais atendam pacientes psiquiátricos e especialmente alcoolistas.

8. Adequação do Sistema de Processamento de Dados à CID-IX (Classificação Internacional de Doenças), para fins bioestatísticos.

9. Definição conjunta pela Equipe de Saúde Mental, Departamentos de Controle e Avaliação e de Informática do INAMPS e DATAPREV dos modelos de relatórios analíticos sobre as prestações de serviço, ouvidos os prestadores de serviços.

10. Revisão e consolidação das orientações normativas para Assistência Psiquiátrica do INAMPS e correspondente orientação às Superintendências Regionais para sua implementação.

11. Constituição de Grupo de Trabalho com a participação do INAMPS, INPS, Sindicatos, etc., com a finalidade de promover a integração entre a Assistência Médica do INAMPS e a Perícia Médica do INPS.

12. Desenvolvimento, em articulação com outras instâncias do INAMPS e Programa Nacional de Desburocratização, de programas de melhoria das condições de atendimento ao público, em suporte às demais medidas propostas.

Etapas a serem cumpridas a médio e longo prazos:

1. Planejamento dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares na área de psiquiatria de acordo com a Portaria MPAS nº 3046 de 20/07/82, com a correspondente avaliação e ajustes dos parâmetros, na medida da identificação dessas necessidades.

2. Desenvolvimento de estudos conjuntos INAMPS, DINSAM e Secretarias de Saúde, visando a identificar as necessidades dos serviços em termos de recursos físicos, técnicos e humanos, para implementação do modelo proposto e subsidiar o planejamento dos programas regionais.

3. Direcionamento da política de contratação de pessoal, pelo INAMPS, de acordo com as necessidades quantitativas e qualitativas (equipe multiprofissional) do modelo proposto, em especial no que concerne ao atendimento ambulatorial.

4. Continuação da experiência das co-gestões dos hospitais do Ministério da Saúde, com avaliação e ajustes periódicos à proposta de reorientação.

5. Promoção de encontros regulares das Chefias Médicas responsáveis pelos Programas de Saúde Mental do INAMPS e de outras instituições, para avaliação contínua da prática e desenvolvimento técnico da Programação Regional.

6. Elaboração conjunta de manuais de serviços entre as várias instituições normativas do setor, em apoio à diretriz de integração inter-institucional progressiva.

Desenvolvimento urgente da rede de recursos extra-hospitalares

7. Constituição de Grupo de Trabalho com a participação da CEME, com a finalidade de rever a relação dos psicofármacos e traçar um plano de fornecimento regular de medicamentos aos beneficiários.

8. Estudo da inclusão da assistência psiquiátrica hospitalar no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS (Novo Sistema de Contas), visando a convergência das formas de relacionamento contratual e contemplando os postulados éticos das associações e entidades profissionais na área.

9. Apoio técnico e financeiro a instituições de serviço e acadêmicas para o desenvolvimento de projetos de estudos e pesquisas operacionais tendo em vista o aprimoramento de modelos de atendimento na área de saúde mental...

O programa em ação

Para a concretização das propostas do Programa do Conasp para a área da saúde mental, foi criado um grupo de trabalho de assessoramento à direção geral do INAMPS, no qual participam representantes do próprio INAMPS, da Federação Brasileira de Hospitais, da Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Psiquiatria, da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, do Serviço de Psiquiatria da UERJ e do INPS. Seus objetivos visam a redefinição dos critérios que regem os contratos com a rede privada e o Relatório de Classificação Hospitalar (Reclar), assim como a elaboração de propostas para a expansão e qualificação dos serviços ambulatoriais.

Com respeito aos contratos, os novos modelos já sugeridos prevêem a distinção entre hospitais com até 120 leitos, de 121 a 240 leitos, e com mais de 240 leitos, enfatizando os padrões dos serviços prestados, principalmente em termos de recursos humanos, dentre os quais destacam-se:

– assistência psiquiátrica prestada por equipes básicas constituídas por psiquiatra-assistente, psicólogo, técnico de enfermagem e recreacionista;

– cuidados constantes de enfermagem;

– terapia ocupacional supervisionada;

– cuidados clínicos prestados por médicos generalistas;

– atendimento às urgências e emergências prestado por médico plantonista;

– assistência odontológica própria para hospitais com mais de 240 leitos;

– alimentação supervisionada por nutricionista.

Para os hospitais com mais de 240 leitos está prevista uma diminuição dos leitos contratados a cada renovação anual do contrato, até que seja atingido aquele limite máximo estabelecido pelo Conasp.

Estão sendo também sugeridas alterações nos critérios utilizados no Reclar, que é o instrumento para, com base nas características físicas, de serviços e equipamentos, estabelecer uma classificação dos leitos hospitalares contratados, atualmente fixada em cinco categorias. Em 1982, mais de 80% dos leitos contratados eram considerados de primeira classe. Diagnóstico feito pelo grupo de trabalho, porém, ressalta que o atual Reclar valoriza pouco os aspectos referentes à individualidade do paciente e subdimensiona a necessidade de recursos humanos qualificados. Esses aspectos passam a ter maior peso na nova proposta de classificação.

A terceira prioridade do grupo de trabalho diz respeito ao redimensionamento do atendimento psiquiátrico ambulatorial, atualmente dividido em três modalidades: atendimento nos serviços próprios, em serviços contratados e por médicos diretamente credenciados. A predominância dessas modalidades varia segundo características regionais; por exemplo, enquanto no Rio de Janeiro o atendimento é primordialmente coberto por serviços próprios do INAMPS, em São Paulo e no Paraná predomina o setor contratado, e no Rio Grande do Sul a prática mais disseminada é o atendimento por médicos credenciados. A perspectiva do grupo de trabalho é o incentivo e a manutenção de uma eficiente rede ambulatorial, utilizando convênios com os serviços públicos municipais e estaduais, possibilitando o atendimento em suas redes básicas de saúde.

Diretrizes da DINSAM

O Ministério da Saúde, através de sua Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsa), exerce um duplo papel: como órgão normativo da política de saúde mental e como prestador de serviços de assistência psiquiátrica em seu hospitais próprios. Nesse sentido estamos apresentando o documento normativo básico do Ministério da Saúde para a área – as diretrizes da Dinsam – e um relato da experiência da implantação do novo modelo assistencial na Colônia Juliano Moreira.

As diretrizes da Dinsam foram estabelecidas em 1980 e coincidiam, então, com o início de reformulações técnico-administrativas em seus hospitais. Em novembro daquele ano foram assinadas as portarias que estabeleceram os mecanismos de co-gestão em seus hospitais, ou seja, um novo modelo gerencial que consiste na conjugação dos recursos dos ministérios da Previdência Social e da Saúde.

A Divisão Nacional de Saúde Mental tem como premissa básica a formulação de proposições políticas que possam influir positivamente na saúde mental da população do País. Sua competência assinala o dever de fixar, através de suas linhas de ação, os objetivos do Sistema Nacional de Saúde na área específica e, através de suas normas, nortear as decisões de tipo técnico-administrativo. (...)

A magnitude do problema de saúde mental é dada pela sua alta prevalência, o elevado número de leitos hospitalares que ocupa (situação que denota a distorção do sistema de atendimento), e a significativa taxa de incapacitados para o trabalho. Esta realidade determina a urgência da adoção de ações de saúde de maior viabilidade e eficácia. Deseja-se que as medidas adotadas mantenham a coerência com as teorias advindas do conhecimento científico da área e com a realidade social que abriga a situação da doença mental.

Impõe-se a reformulação dos vigentes modos de tratamento

Como contribuição teórica para a conceituação de doença mental, tem-se que esta é uma patologia gerada por dificuldades culturais, sociais e/ou individuais que debilitam mentalmente o indivíduo ou alternam suas funções psíquicas. A patologia se expressa, ao nível social maior, pela impossibilidade de redução de tensões sociais, ao nível familiar, por tensão grupal e deficiência da funções familiares, e ao nível individual, pela formação do sintoma. A prestação de serviços de saúde mental deve atentar para o fato de que três dos quatros grandes grupos de patologia mental (psicoses, alcoolismo, neuroses) são originados, principalmente, por baixa tolerância à frustração, entre as diversas causas.

Entende-se que a capacidade de tolerar frustração é inerente ao ser humano, desenvolvendo-se ou involuindo segundo fatores tanto externos como internos. Portanto, mesmo nesta definição, de base individual, insere-se o social imediato. O indivíduo que não tem supridas suas necessidades básicas ou condições mínimas de sobrevivência tem repetidas frustrações que debilitam sua capacidade de tolerância à frustração, tornando-o vulnerável aos transtornos mentais. Logo, a atenção dada à origem interna dos conflitos psíquicos não se dissocia daquela dada à origem externa. O suprimento das necessidades básicas, como alimentação, habitação, trabalho, saúde e participação sócio-política, fica contido nas colocações gerais dessa Divisão **pari passu** ao atendimento médico, psicopedagógico e à utilização do sistema informal de saúde.

Nesta linha, impõe-se a reformulação dos vigentes modos de tratamento dispensado ao doente mental. Impõe-se que o sistema custodial de tratamento dê lugar à extenção de cobertura de serviços dentro da rede básica de serviços de saúde, hierarquizada em: atendimento ambulatorial nos postos e centros de saúde; atendimento de urgência dentro dos mesmos; internação em sistemas de hospitaldia nas unidades mistas e internação geral em centros especializados. Por centros especializados entendem-se os serviços psiquiátricos em hospitais gerais, serviços psiquiátricos em enfermarias de clínicas médicas ou serviços psiquiátricos em unidades hospitalares psiquiátricas. É importante assinalar que dentre os centros especializados privilegiam-se aqueles de caráter público.

Reestruturação do sistema asilar para os pacientes crônicos

O escalonamento de prioridades quanto ao atendimento deve-se manter inversamente proporcional ao número da população atendida, isto é, os serviços de maior complexidade deverão ser menos utilizados que os de menor complexidade. Esse posicionamento quanto à internação consolida o pressuposto de que tratar um doente mental significa ser agente facilitador em sua vida de relação nos níveis intra-intergrupal e intra-interpessoal. Significa ainda que o indivíduo ao ser tratado não deve ser deslocado de seu grupo imediato (família ou grupo substituto) nem de seu grupo maior (que a estrutura sócio-culturalmente), e que os técnicos e profissionais de saúde não podem vê-lo em separado na proposição de seu tratamento.

Inclui-se ainda na extensão da cobertura dos serviços de saúde a reestuturação do sistema asilar para os pacientes crônicos, determinando normas para internação que a restrinjam, deixando-a somente para situações em que a manutenção da vida social dos pacientes se torne de todo impossível. O tratamento asilar deve incluir técnicas específicas, como oficinas protegiadas e praxiterapia, além de tentativas permanentes de restituir o paciente ao seu meio comunitário.

Linhas de ação

As linhas de ação assim consubstanciadas são as que possam permitir:

a. **Reformulação do sistema assistencial ao doente mental.** Impõe-se a reformulação do sistema assistencial introduzindo ações de saúde mental na rede básica de serviços de saúde que obedeçam à seguinte hierarquia: atendimento ambulatorial nos postos e centros de saúde; atendimento de urgência nos mesmos; internação ou semi-internação nas unidades mistas; internação em centros especializados.

b. **Melhor articulação do sistema formal e informal de saúde.** A atuação dos sistema informal é entendida como a possibilidade de manutenção dos vínculos naturais do homem com seu meio (esses, também estruturantes do homem). O papel do órgão central é, aí, o de identificar, facilitar e/ou apoiar os recursos naturais dos grupos comunitários sem interferir, porém, em seus modos de condução interna.(...)

c. **Melhor orientação na formação dos recursos humanos.** Entende-se, aqui, por "melhor", a mais adequada e geral orientação que transmita aos profissionais de saúde a postura básica frente ao doente, ou seja, aquela que abrigue a convicção de que o homem é ser social e que a saúde é um direito seu. (...)

Atender possibilidades de recursos e a demanda existente

d. **Melhor utilização dos recursos financeiros.** As ações de saúde mental devem ser redirecionadas atendendo as possibilidades reais dos recursos e a demanda existente O remanejamento do sistema de internação, dando prioridade ao atendimento externo; a utilização de leitos em hospitais gerais; o atendimento de urgência em pronto-socorros gerais e medidas de apoio ao sistema informal de saúde possibilitando melhor aproveitamento dos recursos, sem detrimento qualitativo da prestação de serviços.

e. **Maior fluxo de informações entre os vários níveis do sistema. (...)**

f. **Redefinição dos aspectos legislativos e judicais.** A revisão da legislação que rege a autonomia do doente mental, a internação compulsória, a interdição do doente mental, deve ser permanente e, sempre que possível testada para fins de verificação de sua adaptabilidade.

Reabilitação como proposta política

A Colônia Juliano Moreira (CJM) pode ser entendida, nas palavras de seu atual coordenador médico, dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, como "um grande monumento a todos os erros cometidos na prática psiquiátrica". Essa definição serve para caracterizar todo o esforço necessário para realizar a transformação ora em curso. E é o próprio Pedro Gabriel que, em entrevista ao RADIS nos faz o relato que se segue.

RADIS – Vamos dar uma panorâmica antes de detalhar. No momento em que vocês entram na Colônia, qual é o leque de diretrizes traçadas?

Pedro Gabriel – Podemos situar em torno de 1981 o início do processo de transformação da Colônia, a partir das denúncias sobre as condições precárias de existência de seus pacientes, a violência em nome da assistência psiquiátrica, as violações dos direitos humanos do doente mental.

O primeiro momento dessa tentativa de reformulação do asilo psiquiátrico foi simplesmente o da sua humanização, de se tentar colocar um fim a todo o arsenal de tortura física e moral que existe nessas instituições totalitárias. O ano de 1981 foi marcado pela mudança na direção da Colônia; entretanto, também outras circunstâncias vinham ocorrendo na área de assistência pública à saúde no Brasil e particularmente na assistência psiquiátrica pública. Ou seja: essa tentativa de humanização coincidiu mais ou menos com a crise econômica da previdência e com todas as tentativas, decorrentes dessa crise, de se implementar determinadas propostas técnicas, vindas dos setores mais avançados da categoria médica e dos profissionais de saúde em geral. Então a racionalização se juntou à humanização.

A democratização da Colônia foi essencial para achar uma saída

Encontramos um asilo para onde eram encaminhados os pacientes ditos irrecuperáveis e também os técnicos de nível superior que tinham problemas disciplinares nos demais hospitais da rede. Embora pareça exagerado, na verdade a Colônia funcionava como ponto final de abandono e de condenação, tanto de pacientes quanto de profissionais e técnicos. O que se observava do ponto de vista político da instituição é que era uma instituição verticalizada, com níveis hierárquicos extremamente rígidos em que predominava um discurso da humanização consentida e com as relações internas baseadas na violência. A proposta da democratização da Colônia foi colocada como pressuposto fundamental para o desenvolvimento de qualquer alternativa técnica. Essa proposta passa pela divisão das responsabilidades entre os técnicos e funcionários, pela divisão da gestão das unidades, pela escolha de dirigentes de unidades dentro do processo político de democratização. A Colônia tentou corresponder a essa progressiva abertura das instituições públicas. Com a possibilidade da instituição discutir seus princípios, suas convicções, abrindo mão daquela reverência ao dogma da psiquiatria do crônico irrecuperável, se pôde desenvolver alternativas.

RADIS – Fale sobre o papel do Hospital Jurandir Manfredini.

Pedro Gabriel – A perspectiva básica é a regionalização do atendimento à saúde, daí o papel crucial do Hospital Jurandir Manfredini (HJM), que é um hospital com poucos leitos psiquiátricos, 70, e que tem um ambulatório de adultos, um outro infanto-juvenil, um setor de atendimento e de mobilização de recursos da comunidade e um setor chamado de pré-internação, onde se discute a necessidade ou não da internação. A perspectiva do HJM é a de atender apenas a uma parcela definida da população, aquela localizada na região do hospital, isso é da Barra da Tijuca e Jacarepaguá. O HJM só existe por conta do atendimento regionalizado. Não tem sentido ele pensar em atender indiscriminadamente a clientela, em geral, do Rio de Janeiro.

RADIS – O HJM é uma barreira à internação na CJM?

Pedro Gabriel – Perfeito, o HJM tem como objetivo primeiro o atendimento regionalizado e segundo, a perspectiva de que a internação é a principal característica de um modelo assistencial distorcido. Então ele funciona como uma barreira à internação e à psiquiatrização dos conflitos sociais. Esse setor de pré-internação é onde se discute a internação com o paciente, com os familiares, em que se busca problematizar esse seqüestro social do paciente representado pela internação. O HJM, embora funcionando há menos de um ano, já pode ser considerado como centro comunitário de saúde mental da região de Jacarepaguá, de tal maneira que, tempos atrás, numa reunião com o INAMPS, o diretor da CJM pôde dizer taxativamente que o problema da assistência psiquiátrica à população de 400 mil habitantes de Jacarepaguá e Barra é atribuição exclusiva do HJM, que se considera em condições de dar conta dela. Não é o caso apenas de oferecer leitos, mas sim de recusar a internação, problematizá-la, enfrentar as pressões da família e da comunidade pela internação, dentro de uma perspectiva de mudança do modelo assistencial.

RADIS – As reformulações feitas no modelo assistencial da CJM colocam novas exigências ao seu corpo clínico. Como está sendo enfrentada a questão de formação de pessoal?

Pedro Gabriel – O "Programa de treinamento de recursos humanos para instituições públicas" visa a ampliação dos espaços de discussão sobre a questão teórica e técnica na área de saúde mental, e dedica-se ao treinamento tanto de pessoas de nível médio, que fazem curso de auxiliar de enfermagem, como de estudantes de cursos superiores que pretendem se habilitar na área de saúde mental. Em nível de pós-graduação se desenvolvem alguns programas, sendo que o principal deles é o curso de Psiquiatria Social. Paralelamente,

▶

Mudanças necessárias

Localizada na Região de Jacarepaguá, no Estado do Rio de Janeiro, a CIM ocupa uma área de 7 milhões de metros quadrados, tem uma população de aproximadamente 2.600 pacientes psiquiátricos identificados como crônicos e cerca de três mil moradores, distribuídos em 700 casas, entre os quais encontram-se funcionários, ex-funcionários, familiares de funcionários, pessoas estranhas etc.

Em 1980 o Ministério da Saúde resolveu aplicar recursos humanos e financeiros para estudar a situação e, após o diagnóstico propor medidas alternativas para melhor aproveitamento do potencial existente.

Vale ressaltar ainda que a CJM não prestava nenhum tipo de atendimento psiquiátrico à região de Jacarepaguá e Barra da Tijuca. Era reconhecida como hospital de nível terciário (crônicos) e somente internava pacientes oriundos de outras unidades, quando já esgotados todos os recursos terapêuticos.

A atual direção, preocupada com esta situação achou por bem fazer um levantamento psico-físico-social dos pacientes, com a finalidade de identificar as carências e as reais necessidades assistenciais. Verificou-se então que: **a)** 50% da população têm mais de 50 anos e só 18% têm menos de 40 anos; **b)** o tempo médio de internação é de 21 anos; **c)** 60% não recebem visitas; **d)** a relação de solteiro /casado é de 5/1; **e)** 54% dos pacientes estão sem qualquer tipo de tratamento há mais de 5 anos; **f)** 22% dos pacientes têm indicação para viver albergados; **g)** 20% dos pacientes têm indicação para hospital geriátrico.

A partir destes dados foram elaboradas as seguintes propostas: **a)** mudança do modelo assistencial, para atender de forma mais efetiva os diferentes tipos de necessidades dos internados (setorização e atendimento de grupo). **b)** implantação de um modelo específico – CRIS (Centro de Reabilitação e Integrção Social) – para atendimento dos pacientes que, tendo condições para alta médica, não tem condições de alta social em face do abandono e do longo tempo de hospitalização; **c)** atendimento da comunidade com serviços de nível primário e secundário em psiquiatria através do Hospital Jurandyr Manfredini; **d)** regionalização do atendimento visando a integração da saúde mental no setor saúde como um todo ; **d)** participação da comunidade na gestão do hospital e na elaboração de projetos na área da saúde, através de um Conselho Diretor a ser implantado. **f)** desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de saúde mental buscando modelos alternativos para o atendimento psiquiátrico

existe um programa de documentação – PRODOC – que pretende funcionar como testemunho do processo de transformação da colônia e também de outras instituições e funcionar como reverberação desses processos, na medida em que ele tem uma perspectiva de publicação e distribuição desses dados buscando uma repercussão das alternativas em psiquistria no Brasil inteiro e não apenas na Colônia. Há uma perspectiva antiga, antes mesmo da Colônia, de se criar um banco de dados em saúde mental.

RADIS – Dentro da proposta de ressocialização dos pacientes da Colônia, o que significa o programa chamado Etapa 1?

Pedro Gabriel – A Colônia deve desenvolver medidas alternativas e programas de ressocialização de sua clientela, atualmente de 2.600 pacientes. Chamamos de **Etapa 1** da ressocialização a tentativa de explicitação de relações de trabalho, que hoje se constitui no principal programa desenvolvido ao nível dos núcleos da Colônia. Existem nesse momento 420 pacientes envolvidos. Todos eles, pacientes que já foram encontrados na Colônia quando entramos e que não têm perspectiva de alta por razões sociais, com grande dependência institucional, criada ao longo de 20 anos, tempo médio de internação desses pacientes. Nas relações de

Muitos pacientes não podem ter alta por razões de ordem social

trabalho propostas, a intenção é reverter as relações ambíguas atualmente existentes no hospício. Segundo, ter a perspectiva de que essas relações são a forma de sustentação da dependência institucional e de todo um contexto de violência que punia quem não trabalhava e premiava quem trabalhava. A **Etapa 1**, então, é o programa de ressocialização nos núcleos e que consiste nas tarefas essenciais de manutenção, tais como faxina, capina, pintura de pavilhão. Ele teve início em janeiro, mas foi precedido por uma longa discussão em cada núcleo, com os pacientes elegendo lideranças e tentando acabar com o silêncio institucional.

RADIS – E o que significa PASET?

Pedro Gabriel – Significa **Projeto agropecuário sócio-econômico terapêutico**. É um dos instrumentos do programa geral de ressocialização da Colônia. Tradicionalmente, quando a Colônia se transferiu da Ilha do Governador para Jacarepaguá, em 1924, uma das perspectivas da transferência era de se conseguir uma grande área fora do centro urbano que permitisse o desenvolvimento de programas terapêuticos de trabalho, numa estratégia de reabilitação vigente na época segundo a qual o paciente deveria executar pequenas tarefas para se adaptar e desenvolver suas potencialidades de recuperação. O vício fundamental que existia é que não havia preocupação de superação de dependência institucional e de superação do problema da cronicidade da doença mental. Na verdade, essas práticas aparentemente reabilitadoras deixavam claro uma relação de servilismo própria dessas instituições totalitárias. O PASET, então, foi criado para a ocupação de terras da Colônia, que chegam a sete milhões de metros quadrados, mas também como um dos instrumentos do programa de ressocialização. Nós temos, até agora, praticamente um ano e meio de discussão sobre o PASET. Nesse período as atividades não caminharam conforme um cronograma, porque foi obstaculizada por uma discussão de maior profundidade, de conteúdo. Hoje as relações de trabalho no PASET são explicitadas. Não poderíamos ter a relação de trabalho como instrumento de reabilitação se continuasse a ser excluída dessa relação a conotação política e social. Isso se dá pelo estabelecimento de contratos, feitos entre os pacientes e a instituição.

RADIS – E agora detalhe um pouco mais o CRIS, como etapa superior desse programa de ressocialização.

Pedro Gabriel – Ele é historicamente anterior à **Etapa 1.** É baseado numa pesquisa realizada na Colônia em 1981, em que se verificou que cerca de 25% dos pacientes não tinham nenhuma patologia psiquiátrica. Então o CRIS buscava contemplar esses 25% de pacientes não psiquiátricos e apenas institucionais. O CRIS propunha que através de atividades socialmente úteis, esses pacientes pudessem se reintegrar na sociedade. O problema que ocorreu é que esse diagnóstico era precário, os critérios nosográficos não contemplavam a complexidade maior da Colônia. A nosografia serve para criar hospícios, não para transformá-los. Esse erro essencial é o erro da fundação do CRIS. No momento ele é um programa extremamente útil e com grande capacidade de reprodução no processo geral da instituição, já que seus métodos diagnósticos entraram em crise; pensa-se agora em desenvolver o aprendizado de atividades socialmente úteis para os pacientes, num processo natural de resgate da sua identidade social. Isso vai se dar naturalmente pela luta interna dos pacientes, pela luta de cada um de tentar vencer aquela submissão, e não mais por um critério etnocêntrico e autoritário como o nosográfico.

O critério agora utilizado, é o de atender os pacientes que manifestaram desejo de participar do programa. Hoje o nosso problema é fazer com que o programa tenha capacidade de atender ao maior número possível e também fornecer possibilidades de mudança social para o paciente, de sair da Colônia, de poder participar de programas de maior complexidade. No CRIS, hoje em dia o trabalho é mais na área artesanal, como vime, colchões, etc. É perfeitamente integrado ao programa de ressocialização da Colônia e é o carro-chefe da instituição.

25% dos pacientes da Colônia não têm patologia psiquiátrica

RADIS – Nos três projetos que compõem o programa de ressocialização, o que significa, na prática, as relações explícitas de trabalho?

Pedro Gabriel – Os pacientes têm um contrato com a colônia e eles se reúnem semanalmente em assembléias e grupos operativos. Esses grupos operativos têm a finalidade principal de discutir as relações de trabalho. Existe uma bolsa equivalente a 1/4 do salário mínimo mensal. No CRIS a bolsa é de 1/2 salário mínimo mensal e na etapa final é de um salário mínimo. 1/4 de salário mínimo é uma quantia irrisória, mas ao se pensar qual é a estrutura de mercado dentro do hospício, esse dinheiro é bastante. A estrutura monetária ainda não está bem estruturada ainda, mas o fato é que quem tem 5 cruzeiros detém uma quantidade de dinheiro bem maior do que aqui fora, 5 cruzeiros dá para 3 ou 4 cigarros. Então o contrato é a remuneração, o horário de trabalho, o compromisso de participar do grupo operativo. A não ida ao grupo significa inadimplência no contrato, e eles sabem disso. Alguns inclusive justificam quando faltam, no melhor estilo do funcionário público. Há ainda as assembléias mensais dos núcleos, onde se discutem todas as coisas vinculadas às atividades laborativas, bem como as relações sociais.

RADIS – Todo esse processo de ressocialização que vem sendo desenvolvido pela CJM pode vir a servir como modelo para outros serviços?

Pedro Gabriel – A questão da reabilitação em psiquiatria é uma questão não resolvida. No âmbito do INAMPS, existiu um programa que durou cerca de cinco anos e ainda existe na forma de alguns estertores em alguns estados: o PAC, Programa de Ação Conjunta, que visava desenvolver técnicas de reabilitação daqueles pacientes incapacitados para o trabalho por razões psiquiátricas. Havia outros programas, úlcera, hipertensão, mas havia o de psiquiatria, principalmente voltado para os neuróticos e os afastados do trabalho. Foi um dos mais retumbantes fracassos da saúde pública no Brasil. Eu não consigo responder se existe uma tecnologia de reabilitação, se isso é possível. A psiquiatria do trabalho francesa propõe uma tecnologia de reabilitação, mas a França é diferente do Brasil e também não deixa de ser baseada numa psicologia adaptativa, funcionalista, que eu não sei se tem muito a ver com a marginalidade social representada pela doença mental. Eu não sei responder se o programa da Colônia é em si, em seus instrumentos, exportável, mas a preocupação da reabilitação que passa fora do edifício nosológico, deve ser exportada como uma proposta política.

● TEMA é uma publicação do projeto Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde (RADIS), desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). As opiniões aqui expressas não representam necessariamente a posição oficial da instituição. COLABORARAM NESTE NÚMERO: Alberto J. Schprejer; César Q. Benjamin; Gustavo F. Bayer; Heitor Resende; Paulo Sérgio Souto; Pedro Ribeiro Barbosa; Sergio Goes de Paula (coordenador do projeto RADIS); Tereza F. Velloso. CONSULTOR ESPECIAL: Cândido Espinheira. DIAGRAMAÇÃO: Andrei Bastos. COMPOSIÇÃO E MONTAGEM: Editora Semente. IMPRESSÃO: Programa de Educação Continuada – Escola Nacional de Saúde Pública. DISTRIBUIÇÃO DIRIGIDA

● Os interessados em receber esta publicação deverão dirigir-se ao Projeto RADIS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 21.041 Rio de Janeiro, RJ.

A REORIENTAÇÃO EM DEBATE

Direito à loucura?

Chaim Samuel Katz e **Françoise Lesquoy**

Atualmente, se assiste a uma tentativa de reorientação da política estatal de saúde que tem como eixo a implantação das diretrizes propostas pelo Conasp. Basicamente, se trata de "racionalizar" a máquina de assistência médica do INAMPS, acusada de crescentemente onerosa, ineficiente e pesadamente burocrática.

Na área de saúde mental, que nos interessa aqui, tal reorientação implicaria que a ênfase hoje dada ao regime de internação asilar fosse deslocada para a prevenção dos distúrbios mentais, a nível primário (fomento da saúde), secundário (diagnóstico e tratamento precoce dos sintomas, de preferência em ambulatórios e hospitais-dia) e terciário (reabilitação dos atingidos).

Considerada dispendiosa e cronificante, a internação seria efetuada apenas em casos extremos e, prioritariamente, utilizando a capacidade ociosa dos hospitais públicos, até agora relegados em favor das empresas hospitalares.

Para quem acompanha os debates e lutas no campo psiquiátrico, o reconhecimento oficial de que a segregação e isolamento impostos pela internação cronificam o louco, tornam sua vida uma "carreira" de doente mental lucrativa apenas para as empresas de saúde, não pode ser dissociado de uma discussão, que há pelo menos duas décadas se vem fazendo, em torno do estatuto de "doente mental" socialmente conferido ao louco: um menor cujos direitos ficam sob a tutela médica. Discussão esta que, assumindo diversos modos e maior ou menor intensidade, em diversos países pôs em questão a violência de que o louco é objeto, mobilizando técnicos de saúde mental, pacientes, parcelas da população e os **media.**

Na Inglaterra, o movimento de Antipsiquiatria, geralmente associado aos nomes de D. Cooper e R. Laing, vai postular que o comportamento e a fala do louco não seria um magma ou uma "salada de palavras" cuja significação única consistiria no grau de desvio por relação às normas de bem agir e falar de uma razão que, através do aparelho psiquiátrico, buscaria se legitimar como a razão.

Para a Antipsiquiatria, o comportamento do louco encontraria sua inteligibilidade caso acompanhássemos a história deste sujeito e o lugar onde ela, basicamente, se articularia: a família, campo microssocial cuja função seria mediatizar e incutir valores de uma sociedade alienada, onde se é para os outros, nos mais diversos planos. Nesta abordagem, a esquizofrenia não seria atributo de um indivíduo, mas de uma crise nesse campo que levaria o comportamento divergente de um dos seus integrantes, embora compreensível à luz das relações familiares, a ser invalidado como "desarrazoado" pelos outros e rotulado de "esquizofrênico" pelo psiquiatra.

Em conseqüência, para os antipsiquiatras ingleses, a loucura seria, contra a ordem social, um recurso, embora falho, uma experiência a ser acompanhada, e não silenciada, em locais de acolhida como a comunidade de Kingsley Hall, instalada por Laing, onde sujeitos loucos podiam viver e expressar o que seria uma tentativa de reconstituição.

Já para o psiquiatra italiano F. Basaglia, há pouco falecido, o manicômio seria uma das instituições de violência que, juntamente à prisão, à escola, à fábrica, oprimiriam os contingentes explorados de uma sociedade capitalista.

Quando trabalhava no Hospital de Gorizia, Basaglia se empenhou em desmontar, ao lado dos loucos, os mecanismos de opressão da cena asilar e em articular essa luta com as lutas da população local. Se há algo comum a essas práticas alternativas à Psiquiatria, é o questionamento do monopólio do saber médico e, no caso de Basaglia, a vontade de se apoiar em formas coletivas e populares de atenção aos problemas mentais.

Porém, caso tomemos globalmente o panorama psiquiátrico de hoje, o movimento antipsiquiátrico parece ter servido mais para pôr a última pá de terra sobre os aspectos manifestamente mais violentos das instituições psiquiátricas européias: o choque elétrico, o despótico mandarinato médico, a camisa-de-força etc.

Embora tomasse como alvo a violência psiquiátrica, a Antipsiquiatria repercutiu menos enquanto crítica de uma prática específica do que como bandeira de um questionamento antiautoritário generalizado.

Seja pelo fracasso da tentativa de articular práticas alternativas à Psiquiatra com movimentos sociais, seja porque sua capacidade de propor instrumentos concretos de ataque da dimensão social da loucura não tenha convencido, ao mesmo tempo em que a Antipsiquiatria malhava o judas manicomial, se organizavam práticas psiquiátricas, como a Psiquiatria de Setor e a Comunitária, cuja tecnologia mais "doce" igualmente só tinha a deplorar essa caricatura do alienista, agora em nome de uma "modernização" dos traços "arcaicos" da Psiquiatria.

Preconizando evitar o internamento, formar equipes multidisciplinares (médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros), empregar as psicoterapias e liberalizar o regime asilar, tais práticas intencionam estender uma rede de cuidados à população, principalmente mediando a relação entre o louco e sua família, seu grupo social. Só que, em vez de internar o louco, se trata de precocemente prestar cuidados à família e ao portador dos sintomas, evitando assim uma internação que, caso efetivada, deveria se importar com a possibilidade de ressocialização do paciente.

Se o movimento de Basaglia pretendia que a desconstrução dos mecanismos de poder psiquiátricos fosse a condição de possibilidade de uma nova relação com a loucura, inclusive de saber, tais práticas intencionam ampliar ao conjunto da população o alcance de técnicas e saberes que, por mais "modernos" que sejam, guardam as marcas do dispositivo asilar em que se constituíram, representando apenas uma passagem de relações de coerção-obediência para relações de persuação.

No Brasil, todo um movimento de técnicos de saúde mental há muito critica os nossos depósitos de loucos, que obtiveram, inclusive, a atenção dos **media:** jornais e televisões mostraram e mostram o abandono dos internos, a miséria em que vivem, sua inatividade, os tratamentos repressivos que sofrem etc.

Contudo, por maior que seja a simpatia que nos desperta esta corrente, nos parece que, a respeito de uma

▶

questao crucial, têm surgido teses bastante discutíveis: o destino dos internados nos antigos manicômios, que às vezes ocupam extensos terrenos, tais como os de Juqueri em S. Paulo, Juliano Moreira e Pedro II no Rio e outros.

Nas referidas teses, o que se propõe é a ressocialização, através do aprendizado ou reaprendizado de um trabalho, dos internos desses estabelecimentos, que muitas vezes já neles estão há décadas. Por sua vez, tal proposição deriva de outra, relativa ao estatuto da "doença mental" em nossa sociedade: segundo certos psiquiatras "progressistas", o louco seria definido desde sua não integração ao processo produtivo, como o incapaz de trabalhar que é recolhido ao hospício. Daí que tal projeto tenha como fulcro a restauração da capacidade de trabalho dos pacientes, embora toda uma fraseologia ressalte que seria para agora existir como "sujeito" social e não mais como "objeto", como quando de sua internação, pois o reaprendizado se daria num ambiente comunitário e democrático.

É claro que concordamos quando essas teses afirmam que a sociedade produz a loucura como desvio e a rentabiliza através da indústria farmacêutica, das empresas hospitalares, das universidades que precisam de mercado para os profissionais que formam etc. No entanto, por que o louco seria definido socialmente a partir de sua impossibilidade de participar da atividade produtiva, uma vez que os milhões de desempregados, indigentes e incapacitados fisicamente da sociedade brasileira não são necessariamente psiquiatrizados?

Não existe aí um esquecimento da especificidade da ação psiquiátrica e da ameaça que a sociedade sente na loucura?

Da leitura dos enfoques oficiais sobre como se interna tanto e tão dispendiosamente no Brasil, muitas vezes parece se desprender a idéia de que a loucura seria fruto da ambição das empresas hospitalares. Num movimento semelhante, essas teses progressistas tendem, no limite, a confundir alienação social e alienação mental, loucura, quando vêm no louco um produto do capitalismo

Ora, pretender que o louco é efeito do capitalismo não significa querer repudiar sua singularidade, uma vez que ele provavelmente deixaria de existir na "boa" sociedade, onde não mais haveria razão para tais diferenças?

Quando se fala em "ressocialização", igualmente se esquece que os pacientes de tais manicômios desde sempre estiveram socializados, posto que são humanos, e que através da longa permanência nos asilos, construíram circuitos de relações de amizade e parentesco entre si, os quais acionam trocas afetivas, materiais etc.

Somente que tais formas de sociabilidade divergem do modelo de identidade social que esses psiquiatras preconizam, centrado numa determinada noção de família e de trabalho.

Para estes, a família seria um núcleo biológico, nada significando que um paciente chame outro de "irmão", "mãe" etc. Naturalização de certa família que também praticam por relação ao trabalho, valorizado quase como a essência do homem, tomado como um dado imediato, enquanto a História nos ensina que não é em todas as sociedades que se trabalha, e que a noção que alguém tenha de si mesmo como força de trabalho disponível para o mercado implica num longo processo de disciplinarização e inculcação de valores.

E como devolver a esta família sujeitos que nunca a tiveram, não mais a têm ou por ela foram excluídos? E que chances teriam num mercado de trabalho assolado pelo desemprego?

Uma categoria tipo a de "ressocialização" implica em que seja possível apagar e reimprimir as marcas de experiência que constituem um sujeito. Caso se deseje romper com a Psiquiatria tradicional, talvez não baste se cercar de novas concepções e técnicas que serão apenas tecnocráticas enquanto barrarem ao louco a possibilidade de uma verdade que, na sua diferença, relativize a nossa.

* Chaim Samuel Katz é psicanalista e escritor. Françoise Lesquoy é pesquisadora do Institut International de la Salpêtriére.

Crise e racionalização

Antonio Sergio Arouca*

Na atual crise do país uma questão aparece como fundamental: a questão da racionalização. Uma racionalização que pode implicar, primeiro, no corte dos gastos públicos, mas que vai significar também a abertura para a chamada política de racionalização de atividades. O que significa isso? Significa que com a crise da previdência social a entrada de recursos já não consegue manter o mesmo nível de gastos, não se consegue manter a mesma política. É aberto campo para introdução de políticas racionalizadoras, que vão tentar melhorar, do ponto de vista da gestão da administração, o caos, essa confusão que é o sistema de saúde no Brasil. Então, as diferentes instâncias de poder que estão nesse sistema – o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social, as empresas médicas, as iniciativas corporativas dos profissionais de saúde e outros movimentos sociais – começam a gerar projetos. Um deles, o Conasp, absorve propostas de diferentes áreas e diferentes movimentos, mas basicamente tem como princípio o fortalecimento do setor público. O que temos que entender é que esses projetos têm o objetivo explícito de racionalizar os gastos públicos, mas que nenhuma política tem um lado só, isto é, embora do ponto de vista do Estado a iniciativa seja racionalizadora, ela abre a possibilidade, no interior de cada instituição, para a introdução de modificações. Essas políticas têm uma dupla face: de um lado a resposta racionalizadora; de outro, a possibilidade de debate, a possibilidade de introdução nas instituições de projetos que até pouco tempo eram marginais.

O projeto de racionalização continua coexistindo com o que havia de pior na situação anterior. As empresas privadas continuam abocanhando a maior parte dos gastos da saúde pública, da assistência médica brasileira. Todas as pressões para reverter isso estão presentes no nosso dia a dia: cada vitória conseguida, mesmo que seja micro-vitória, será uma macro-derrota de todas as forças que continuavam querendo que o sistema de saúde seja um sistema mercantilizado, autoritário, corrupto, burocratizado. Nós temos que sustentar a proposta de mudança no sistema de saúde. Lutar para que a proposta de mudança na assistência à saúde mental, no câncer, no ensino da saúde pública, na assistência médica previdenciária, se componham num todo orgânico, coerente, que seja uma proposta do sistema de saúde para o Brasil. A realidade atual é a do setor saúde elitista, de classe, concentrado nos centros urbanos, dando atendimento para cidadãos que são classificados. Então nós temos que ter um projeto a ser conquistado, um sistema de saúde democrático. Significa não apenas conseguir a gestão; a gestão é o instrumento fundamental para que cada instituição se democratize. Mas significa também conseguir o acesso das pessoas a todos os níveis de serviço de saúde. Temos que redistribuir os serviços, para que eles estejam aonde estão as pessoas e as atenda segundo suas necessidades. Um projeto que dê atenção integral às pessoas, que no mesmo lugar onde receba assistência médica, receba a vacina, participe do programa de saúde mental, tenha acesso a um programa materno-infantil, receba visita domiciliar. Que receba água, que tenha saneamento, que os serviços públicos coletivos sejam controlados. Então temos que batalhar pela redistribuição dos serviços de atenção de forma integral. Esse é o projeto a ser alcançado.

* Antonio Sergio Arouca é professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública. O texto acima foi extraído de depoimento feito em um ciclo de palestras organizadas pelo Centro Psiquiátrico Pedro II em 1982.

O projeto RADIS documentou a discussão em torno do PLANO DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA do Conasp no nº 2 da série TEMA.

cabendo ao alcoolismo, 23% das causas de internação no total.

Magda Vaissman apresenta ainda dados do INPS que permitem três importantes conclusões: a) a neurose foi a segunda causa de afastamento do trabalho, ficando atrás apenas do pós-operatório; b) a neurose assume a primeira posição na renovação do auxílio-doença em manutenção; c) as doenças mentais são a segunda causa de incapacidade temporária, correspondendo a cerca de 15% dos auxílios-doença concedidos. Para Magda, "estes benefícios funcionam como salários-desemprego para aqueles que, alijados do processo produtivo, engrossam as fileiras da marginalização sem a menor chance de reabilitação".

As tabelas a seguir, exceto a primeira, foram extraídas do trabalho de Magda Vaissman.

TABELA 1

Leitos em psiquiatria – 1979

REGIÕES	PÚBLICOS capitais	PÚBLICOS interior	PRIVADOS capitais	PRIVADOS interior	TOTAL
NORTE	661	3	267	2	933
NORDESTE	4836	865	7711	1448	14860
SUDESTE	11342	6736	22010	25176*	65264
SUL	4196	1102	3779	2915	11992
CENTRO-OESTE	1386	2	1438	1046	3872
TOTAL	22421	8708	35205	30587	96921

OBSERVAÇÃO. As cidades de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, S. Paulo, Curitiba e Porto Alegre incluem, em nossos dados, suas áreas metropolitanas.

FONTE: IBGE, Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitaria; vol. 4 – 1979.

(*) O elevado número de leitos privados localizados no interior, na Região Sudeste, se deve à participação do Estado de S. Paulo, com 18.679 leitos.

TABELA 2

Ambulatórios cadastrados na DINSAM, segundo região fisiográfica e relação percentual com a população

REGIÃO	Nº DE AMBULAT.	% DE AMBULAT.	% DE POPUL.
Norte	6	2,78	3,94
Nordeste	53	24,54	29,90
Sudeste	101	46,76	42,29
Sul	43	19,91	17,97
Centro-Oeste	13	6,02	5,90
Brasil	215	100,00	100,00

Fonte: Diretrizes Programáticas de Saúde Mental – 1977.

TABELA 3

Distribuição de leitos psiquiátricos contratados por unidade da federação e número de leitos existentes em psiquiatria – 1979

Estado	Nº hospit.	Leitos contr.	Leitos exist.
ALAGOAS	3	677	723
AMAZONAS	2	82	260
BAHIA	13	2.090	2.948
CEARÁ	10	1.246	1.821
ESPÍRITO SANTO	3	666	966
GOIÁS	10	1.133	1.864
MARANHÃO	2	105	150
MATO GROSSO	2	236	738
MINAS GERAIS	31	3.303	4.782
PARÁ	2	80	570
PARAÍBA	7	780	1.297
PARANÁ	14	2.537	3.167
PERNAMBUCO	21	2.985	3.371
PIAUÍ	2	295	530
RIO DE JANEIRO	54	9.737	12.728
RIO G DO NORTE	5	413	888
RIO G DO SUL	18	2.010	4.924
SANTA CATARINA	6	809	1.574
SÃO PAULO	61	12.992	16.249
SERGIPE	2	170	318
DISTRITO FEDERAL	5	465	694
ACRE	2	9	15
RONDÔNIA	1	10	21
BRASIL	278	43.000	60.906

Fonte: Secretaria de Planejamento do INAMPS – Depto. de Informática.

TABELA 4

Evolução das internações, internações/1.000 beneficiários, consultas, consultas/1.000 beneficiários, leitos-dia utilizados, consultas/internações e tempo médio de permanência, população urbana no período 1970–1980

ANO	INTERNAÇÕES	INT./1000 benef.	LEITOS–DIA utilizados	CONSULTAS	CONS./1000 benef.	CONS./int.	TMP	População urbana
1970	128.062	–	–	930.749	–	7,27	77,0	–
1971	138.512	2,55	9.703.488	1.176.238	21,69	8,49	68,9	54.219.100
1972	162.183	2,87	10.061.735	1.285.314	22,71	7,93	62,5	56.606.300
1973	176.636	2,99	10.055.919	1.290.976	21,87	7,31	57,0	59.033.800
1974	197.699	3,21	10.344.623	1.436.753	23,55	7,27	52,8	61.521.800
1975	251.104	3,92	11.906.732	2.058.845	32,12	8,20	48,8	64.090.500
1976	294.983	4,42	13.875.306	2.461.562	36,89	8,34	47,6	66.726.800
1977	320.734	4,62	14.093.966	2.846.136	40,98	8,87	43,9	69.457.600
1978	353.649	4,89	15.071.881	3.157.196	43,68	8,93	43,2	72.276.000
1979	371.901	4,95	16.675.755	3.300.320	44,02	8,90	45,1	75.177.200
1980	375.774	4,67	17.741.385	3.724.637	46,28	9,91	45,8	80.478.602

Fonte: INAMPS – Secretaria de Planejamento – Depto. de Informática – Coord. de Estatística – **Boletim estatístico do resumo do movimento nosocomial** e **Boletim estatístico do resumo do movimento ambulatorial.**

TABELA 5

Padrão diagnóstico nos pareceres favoráveis em exames de perícias iniciais

1974 Doença	%	1976 Doença	%
Pós-operatório	17,4	Pós-operatório	22,3
Neurose	9,6	Neurose	9,0
Osteoartrite	5,0	Osteoartrite	5,8
Tuberc. Pulmonar	3,6	Hipert. Benigna	3,7
Hipert. Benigna	3,1	Tuberc. Pulmonar	2,8
Outr. D. Med. Esp. (?)	2,3	D. Card. Hipert.	1,9
Aus. Doença (?)	2,3	Epilepsia	1,7
Epilepsia	2,0	S. Dol. Verteb.	1,5
Alcoolismo	1,6	Esquisofrenia	1,4
Úlcera Duodeno	1,6	Alcoolismo	1,3
		Úlcera Duodeno	1,3

Fonte: INPS – Secretaria de Seguros Sociais.

TABELA 6

Padrão diagnóstico nos pareceres favoráveis no auxílio-doença em manutenção

1974 Doença	%	1976 Doença	%
Neurose	12,3	Neurose	13,0
Osteoartrite	8,8	Osteoartrite	8,4
Hipert. Benigna	8,8	Hipert. Benigna	8,0
Epilepsia	5,7	Epilepsia	4,9
Esquisofrenia	5,0	Card. Hipert.	4,8
Tuberc. Pulmonar	4,6	Esquisofrenia	4,6
D. Card. Hipert.	4,5	Tuberc. Pulmonar	4,0
Outr. D. Olho	2,0	Pós-operatório	3,1
Alcoolismo	1,9	Psicose N/Esp.	2,0
D. Isq. Cr. Cor	1,8	D. Isq. Cron. Cor.	1,9

Fonte: INPS – Secretaria de Seguros Sociais.

O hospital privado é o ideal

Transcrevemos a seguir um resumo do pronunciamento do presidente do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais, Milton Sabbag, em reunião do Conasp. A íntegra do pronunciamento, assim como o presente resumo, encontra-se publicado no órgão oficial daquele departamento: Psiquiatria em revista **vol. 1, nº 2, out-dez. 1982**

Estes são os conceitos básicos que definiram a conduta do Departamento de Psiquiatria da FBH (Federação Brasileira de Hospitais) junto ao Conasp, cujos fundamentos subordinaram as propostas contidas no trabalho intitulado **Assistência Psiquiátrica no Âmbito da Previdência Social** e as emendas e sugestões apresentadas no transcurso das reuniões.

1 – A média de leitos, por hospital privado, é inferior a 200 leitos. Isto é muito significativo, pois indica de forma cristalina que a iniciativa privada assumiu um papel realístico no desempenho da assistência; citamos o fato quando o Governador do Estado de São Paulo, em dezembro de 1971, aprovando a exposição do seu Secretário de Saúde para solucionar a grave problemática dos Hospitais Psiquiátricos de Juqueri, optou por uma solução oposta à da cogestão DINSAM/INAMPS, inspirada, provavelmente, na Previdência Social. Distribuiu 15 a 18 mil pacientes internados do velho e gigantesco hospital de Juqueri, em dezenas de pequenos hospitais privados e benficentes, que corresponderam a esta convocação e sobre os quais passou a exercer uma fiscalização continuada e progressiva. Com isso obteve uma sensível melhora na qualidade da assistência com acentuada redução de despesas.

2 – Dar maior ênfase ao tratamento ambulatorial, ampliando-o, aperfeiçoando-o e articulando-o com o atendimento hospitalar, inclusive com um programa para egressos, executado sempre que possível pelas equipes multidisciplinares hospitalares.

Cabe aqui um esclarecimento, o de que os hospitais contratados foram impedidos de prestar o **follow-up** do paciente egresso, devido a um ato da administração do psiquiatra Harri Graeff, no INAMPS, que sustou em 27/03/79 o andamento de qualquer processo que visasse a locação de serviços de terceiros para a execução de atendimentos ambulatoriais psiquiátricos, previstos na OS INAMPS/SMS/49. 1/78, BS/DG 5 de 8/01/79. Este ato impediu o aprimoramento e a eficiência da assistência psiquiátrica.

3 – Estratégia para definição de parâmetros:

3.1. Recadastramento dos recursos físicos e de pessoal disponíveis;

3.2. Avaliação do desempenho das instituições assistenciais envolvidas;

3.3. Compatibilizar o número de leitos psiquiátricos com as necessidades da população previdenciária, subordinadas aos conceitos e critérios da especialidade psiquiátrica.

3.3.1. Parâmetros propostos pela OMS de 1 leito/1.000 habitantes; parâmetros propostos pela Portaria MS/BSB 32, de 22/01/74: 1 leito/1.000 habitantes nas zonas urbanas e de 1/2.000 nas rurais.

3.3.2. Existia no Brasil/1981 – 0,8 leitos/1.000 habitantes, e INAMPS/1981 – 0,62 leitos/1.000 habitantes.

3.4. Sugestões de parâmetros para os próximos 2 anos: manutenção de 0,62 leitos/1.000 habitantes. Não aumentar o número de leitos nas regiões que ultrapassem o parâmetro. O ajuste do número de leitos far-se-á pela qualificação do atendimento e avaliação do desempenho das instituições contratadas.

3.4.1. O limite de utilização preconizado é de 240 leitos por instituição, e quando houver necessidade de aumento do número de leitos, este não se efetivará em hospitais que ultrapassem aquele limite. Para os já contratados, deve-se cotejar o desempenho técnico das instituições e considerar o desempenho ideal.,

3.5. Definir tempo médio de permanência para pacientes agudos subagudos e crônicos pois o atual é de 47,2 dias, considerado baixo, apresentando uma distorção de apenas 2% de pacientes crônicos internados e aí incluídos.

4. Quando realçamos o número de leitos psiquiátricos em outros países como, por exemplo, a Suíça, 2.9 leitos/1.000 e o Japão, 2,6 leitos/1.000, com um total de 977 hospitais psiquiátricos, estamos enfatizando a validade no uso da assistência hospitalar especializada, pois não propomos parâmetros de utilização do leito hospitalar, desvinculados de nossa realidade sócio-econômica de país em desenvolvimento, porquanto a OMS quando os define o faz para países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

5. Cobertura psiquiátrica obrigatória na assistência de medicina de grupo, atualmente excluída.

6. Redirecionamento do conteúdo programático das cadeiras de psiquiatria nas universidades, para a nossa realidade social.

7. Os modelos asilar e custodial, que lamentavelmente ainda persistem, notadamente nos macrohospitais públicos, com alguns registros no setor privado, contrariam os avanços da farmacologia e da psicoterapia. O caráter iatrogênico daí decorrente agrava a situação do paciente e, quando apreciado sob o ponto de vista institucional, identificam-se características indutoras de distorções no modelo assistencial em geral, ao lado de se constatar um custo final **per capita** elevado.

8. A análise dos dados de utilização do leito hospitalar e de cobertura ambulatorial permitem concluir que ainda não foram satisfeitas as necessidades programáticas da assistência psiquiátrica. As peculiaridades regionais, com suas pressões de demanda e disponibilidade de recursos, constituem os principais fatores determinantes das variações dos indicadores regionais da assistência psiquiátrica hospitalar e ambulatorial.

9. Consideramos a existência de internações evitáveis, pois não existe nenhuma auditagem que justifique a afirmação de internações desnecessárias. Deontologicamente, somente o médico é o responsável pela decisão da internação hospitalar.

10. Defendemos a prioridade do recurso em função do que oferece o melhor pelo menor custo. Isto significa a remuneração dos serviços prestados preconizada para todas as instituições indiscriminadamente. Somos contra a estatização generalizada da assistência e, devido à existência do **status quo**, defendemos uma convivência harmoniosa com a livre iniciativa, pautada na austera aplicação do dinheiro do segurado contribuinte em seu benefício e no de seus dependentes.

11. Respeitar a livre escolha do paciente e sua família, evitando-se, assim, o constrangimento de internações cumpulsórias em unidades hospitalares inadequadas tecnicamente para recuperação da saúde mental.

12. Defendemos o atendimento especializado por equipes multiprofissionais, com decisão e liderança, primordialmente, do médico psiquiatra, e o atendimento pelos generalistas, em caráter suplementar, como triagistas em zonas carentes de profissionais especializados.

13. Racionalização dos recursos alocados para a assistência psiquiátrica, dando ênfase à assistência ambulatorial descentralizada.

14. Os gastos com assistência psiquiátrica vêm decrescendo e, para efeito de comparação, por exemplo, citamos que até agosto de 1982 foram feitas 301.566 hemodiálises no INAMPS a Cr$ 20.800,00 cada, enquanto totalizaram 290.733 internações psiquiátricas verificadas nesse período de oito meses, onde 73% delas com custo variando de 5 a 50 mil cruzeiros. Saliente-se que o preço de uma diária global é de Cr$ 1.628,00, enquanto que uma consulta do convênio universitário custa Cr$ 1.100,00.

15. Há desvirtuamento conceitual privilegiando o setor público e considerando o setor privado como sendo "complementar", muito embora este forneça mais de 90% dos atendimentos do INAMPS através dos 300 hospitais psiquiátricos contratados. Afirma-se, assim, em documento oficial, que o maior é complementar do menor (Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social).

16. Os parâmetros da Portaria MPAS 3046, de 20/7/82, devem ser revistos, pois não satisfazem às necessidades previdenciárias e foram obtidos sem levar em consideração os parâmetros internacionais, os parâmetros nacionais atuais, as peculiaridades regionais e, muito menos, os nossos padrões e indicadores da especialidade psiquiátrica.

Finalmente, somos contrários à estatização, pois a tendência desta é aumentar as despesas com assistência médica a níveis insuportáveis e, portanto, tendem a ser restritas. O que se deve buscar é um meio termo onde possam coexistir, harmonicamente, o privado e o público, em termos de padrões e custos compatíveis com a realidade nacional.

Entendemos que onde a livre iniciativa desenvolve a sua função de forma tranqüila, segura, gerando empregos, pagando impostos, inclusive INPS, seguindo as normas estabelecidas sob fiscalização permanente, a custos extremamente econômicos, sem possibilidade de concorrência dos outros setores, porém de eficiência comprovada no atendimento aos segurados e dependentes, torna-se evidentemente desnecessária e extraordinariamente onerosa a ampliação dos setores públicos envolvidos na assistência psiquiátrica, com os seus habituais vícios e discutível eficiência.

O hospital psiquiátrico privado é o estabelecimento ideal e mais adequado, pois, devidamente estimulado, pode oferecer diversas modalidades assistenciais, tais como: internação, hospital/dia, hospital/noite, ambulatório, pronto socorro, sem grandes investimentos por parte do INAMPS, inclusive em pessoal, que, sem dúvida, não pode deixar de contar com a colaboração da iniciativa privada neste esforço de reorientação da assistência psiquiátrica dentro dos princípios da Psiquiatria Social.